

【 問 診 票 】

※**初めての受診の方**は記入後、**受付に提出**してください。**再診の方**は**診察室で提出**してください。※

受付番号	フリガナ	男 ・ 女	生年月日 (年齢 歳)
	お名前		T・S・H・R 年 月 日

※当院**初めてご受診の方**や**住所・連絡先に変更があった方**は下記をご記入ください。

住所 干 一		
連絡先(未成年は保護者)	携帯:	/自宅:

・受診が**13歳未満のお子様の場合、記入**お願いします。

体重	希望服用回数	薬の希望剤型	熱性けいれんの経験
kg	2回・3回	粉・シロップ・錠	無・有(歳)

・本日の受診内容を教えてください。

A. 新規症状

B. その他(学校書類 ・ 診断書 ・ その他)

A.新規症状を選択した方は下記1~7にお答えください。

1.現在の体温を教えてください。

°C

2.本日はどのような症状でご来院ですか？ 症状の経過を記入してください。

・症状

・症状の経過(いつから?)

3.現在治療中、または既往の疾患はありますか？

はい:(病名) ・ いいえ

4.お薬服用で具合が悪くなったことがありますか？(また、どのような症状が出ましたか?)

はい:(薬名) ・ いいえ

5.喫煙していますか？

はい:(1日 本 年間) ・ 禁煙した ・ いいえ

6.お酒を飲みますか？

はい:[1日 杯・毎日・時々():お酒の種類() ・ いいえ

7.女性の方にお聞きします。現在妊娠中または授乳期間中ですか？

a. 妊娠中 週目 b.授乳中 c.いいえ